

# Interistisch-kardiologische Gemeinschaftspraxis am Teltower Damm

**Teltower Damm 31, 14169 Berlin, Tel: 812 10 10**

Dr.med.Kristin Hoesch      Fachärztin für Innere Medizin  
 Thomas Gamm      Facharzt für Innere Medizin – Kardiologie – Rettungsmedizin  
 Uwe Drechsler      Facharzt für Innere Medizin – Sportmedizin  
 Dr. Mathias Langenfeld      Facharzt für Innere Medizin

NAME	VORNAME	GEB.	GRÖSSE/cm	GEWICHT/kg

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

um Informationsverluste zu vermeiden und für Sie Zeit zum Gespräch zu gewinnen, bitten wir Sie, nachfolgende Fragen möglichst vollständig zu beantworten. Bei Unklarheiten füllen wir sie gemeinsam aus!

<b>Kardiovaskuläres Risikoprofil:</b>	Ja	Nein
➤ Nikotin? Wenn ja, wie viel /Tag, seit Jahren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
➤ Erhöhte Blutfette/Cholesterin?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
➤ Diabetes mellitus?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
➤ Bluthochdruck?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
➤ Herzkrankung von Verwandten (Vater/Mutter/Geschwister)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
➤ (Medikamenten-) Allergien? Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
➤ Blutgerinnungsstörung? (gerinnungshemmende Medikamente?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
➤ Treiben Sie Sport? Wenn ja, welche Sportart und wie oft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Welche **Medikamente** nehmen Sie ein? **Name?** **Dosierung?**

---



---



---

**Vorerkrankungen / Krankenhausaufenthalte:**

- |   | Ja                       | Nein                     |
|---|--------------------------|--------------------------|
| ➤ Hatten Sie einen Herzinfarkt?         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ➤ Andere Herzkrankheiten                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ➤ Herzoperationen?                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ➤ Herzkatheteruntersuchungen?           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ➤ Ballonaufweitung / Stentimplantation? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ➤ Krankenhausaufenthalte?               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
- Wenn ja, wann, wo und weshalb?

**Weitere ernsthafte Erkrankungen**

---